

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 1275

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond **FRANÇOIS**

Né le 20 Septembre 1915, à Milly (Seine-et-Oise)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PANCRÉATITES CHRONIQUES

(Symptômes et Diagnostic)

Président de Thèse : M. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1939

ANNÉE 1939

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond FRANÇOIS

Né le 20 Septembre 1915, à Milly (Seine-et-Oise)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PANCRÉATITES CHRONIQUES
(Symptômes et Diagnostic)

Président de Thèse : M. GOSSET, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
	LOEPER
Clinique médicale.....	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	
ladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphi-	
litiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEHIERRE.
	CUNEO
Clinique chirurgicale.....	GOSSET
	GREGOIRE
	ENCRMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOI
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMA.TPE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	M. VILLARET.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	TROISIER.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	LAUBRY.
dulte	Clovis VINCENT.
Clinique cardiologique	N...
Clinique de neuro-chirurgie	HAZARD.
Assistance Médico-Sociale.....	HOVELACQUE
	MULON.
Professeurs sans chaire.....	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

MM.

Obstétrique LANTUEJOU..
 Pathologie médicale..... LAROCHE GU.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale. LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENS.
 Pathologie chirurgicale .. MÉNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT / UT. II
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BJSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VALLERY-
RADOT.
SEZARY.

Clinique
médicale

MM.

BASSET.
BROcq.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique
chirurgicale

MM.

ECALLE
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Stomatologie
Puériculture

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDOUX-LEBARD.
RUPPE.
WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

*Hommage de ma profonde et
reconnaissante affection.*

A MON COUSIN LE DOCTEUR ANDRÉ BAUDIN

Chirurgien de l'Hôtel Dieu de Chartres

Ses conseils affectueux guidèrent paternellement mes premiers pas dans la carrière médicale.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Membre de l'Académie des Sciences
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière
Grand Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

*Qui m'a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR B. CUNEO
MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. HARVIER
MONSIEUR LE DOCTEUR J.-L. ROUX-BERGER
MONSIEUR LE DOCTEUR B. WEILL-HALLE

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR L. SAUVE
MONSIEUR LE DOCTEUR R. DEGOS.
MONSIEUR LE DOCTEUR J. DECOURT

AU DOCTEUR PIERRE SUIRE

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

*Qu'il trouve ici l'expression
de mon affectueuse reconnais-
sance.*

Je tiens à remercier chaleureusement le
DOCTEUR ABEL DESJARDINS
pour ses précieuses directives



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les pancréatites chroniques ne présentent aucun signe qui leur soit vraiment spécifique. C'est seulement par la réunion d'un certain nombre de symptômes qu'on pourra établir avec de grandes probabilités un tel diagnostic.

Rares sont les observations où le diagnostic a été posé d'emblée. Dans la grande majorité des cas, c'est seulement au cours d'une intervention exploratrice que le chirurgien a pu établir le diagnostic de pancréatite chronique. Ces interventions avaient été pratiquées soit pour des lésions gastriques ou duodénales, soit pour des lésions de l'appareil biliaire, soit pour un néoplasme pancréatique.

Devant ce manque de spécificité des signes, il nous faut les passer en revue minutieusement. C'est seulement par leur juxtaposition qu'on parviendra souvent à établir un diagnostic solide.

SYMPTOMES DES PANCREATITES CHRONIQUES

Parmi les signes cliniques qu'on peut relever au cours des pancréatites chroniques, il faut d'abord insister sur l'ictère qui apparaît dans presque toutes les formes, mais il ne faut pas méconnaître les autres signes.

Voici l'ordre d'étude que nous suivrons :

- 1° Les symptômes généraux ;
- 2° Les troubles de compression ;
- 3° Les pancréatites atténuées ;
- 4° Les pancréatites méconnues ;
- 5° Les faits de passage entre les pancréatites chroniques et les pancréatites aiguës.

I. — SYMPTOMES GÉNÉRAUX DES PANCRÉATITES CHRONIQUES

Les plus constants de ces symptômes sont constitués par :

- A — des phénomènes dyspeptiques ;
- B — de l'amaigrissement avec asthénie ;
- C — des douleurs ;
- D — des hémorragies ;
- E — la tumeur.

A — *La dyspepsie pancréatique.*

Elle se traduit par une anorexie pour les viandes et les graisses en particulier. Les selles sont graisseuses et fétides. Nous verrons toute l'importance de leur examen au Laboratoire.

B — *Troubles de l'état général.*

L'asthénie et l'amaigrissement qui sont très intenses feraient penser dans bien des cas au cancer dont le diagnostic différentiel est très difficile. Ils ne constituent pourtant pas avec l'âge des arguments suffisants pour conclure au néoplasme.

On note également des *troubles de la sécrétion interne*. La glycosurie transitoire ou permanente en est la manifestation la plus importante. Nous y reviendrons au cours des examens de Laboratoire.

C — *Les douleurs*, de siège épigastrique, en barre transversale, revêtent une intensité variable allant de la simple gêne à une violence qui a permis d'individualiser une forme douloureuse sur laquelle nous reviendrons par la suite. Elles peuvent prendre le type pseudo-lithiasique contribuant à égarer le diagnostic ou constituer un véritable état de mal.

Enfin elles peuvent être réveillées par la palpation en des points correspondants à la projection de la tête du pancréas : point de Desjardins, zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard et Rivet, point d'Orlowski.

D — *Les hémorragies.*

Epistaxis, hématomèses, méloéna, hématuries, purpura, peuvent orienter le diagnostic dans des directions différentes.

Observation de M. Cottalorda (Marseille, 1930).

E — *La tumeur.*

Mis à part les gros hématomes enkystés, les faux kystes du pancréas, la perception à travers la paroi d'une pancréatite chronique est assez rare sous la forme d'une tumeur allongée transversalement dans la région sus-ombilicale, saillant parfois légèrement au niveau de l'épigastre douloureux et plus résistant.

II. — SIGNES D'EMPRUNT
ET TROUBLES DE COMPRESSION

C'est souvent eux qui conduisent à l'intervention, car ils dominent fréquemment le tableau clinique permettant d'individualiser :

- des pancréatites avec ictère ;
- des pancréatites avec gêne du transit gastro-duodéal ;
- des pancréatites douloureuses.

A — *Pancréatites avec ictère.*

Ce sont les formes les mieux connues, prenant parfois une allure inflammatoire et fébrile, parfois une allure néoplasique.

a) *Formes inflammatoires et fébriles* — caractérisées par des crises douloureuses avec ou sans vomissements s'accompagnant de contracture du grand droit du côté droit. Elles surviennent en général chez des sujets jeunes.

Les crises se répètent, et au bout d'un temps plus ou moins long apparaît l'ictère. Celui-ci, variable en intensité et en durée, revêt le plus souvent les caractères classiques de l'ictère par rétention : selles plus ou moins décolorées, urines plus ou moins foncées. Le foie est en général gros ; c'est un foie de cholestase.

La vésicule distendue suivant la loi de Courvoisier-Terrier n'est cependant pas toujours perçue cliniquement.

La persistance de l'ictère après la crise, la note asthénique du tableau clinique, contribueront à orienter le diagnostic vers une pancréatite chronique. Ces pancréatites isolées sont en apparence primitives.

Observation de L. Bérard et P. Mallet-Guy (livre jubilaire de M. le Professeur Jean Verboogen, Bruxelles, 1929).

Les pancréatites avec ictère les plus communes sont celles qui se manifestent comme une complication d'une cholécystite calculieuse. Les crises pancréatiques peuvent être soupçonnées par l'intensité, la répétition des douleurs à irradiations postérieures, l'apparition d'un ictère variable, les poussées thermiques.

Observation de Brocq et Brodin : cholécystite cal-

culeuse, pancréatite chronique avec ictère (Académie de Chirurgie, octobre 1929).

b) *Formes à allure néoplasique* — l'âge du malade est plus avancé et l'ictère est le signe initial et dominant, accompagné d'un amaigrissement et d'une asthénie formant un ensemble qui évoque le néoplasme. Seules, les variations de l'ictère et les antécédents douloureux doivent atténuer la rigueur de ce diagnostic.

Observation de J. Leveuf (Académie de Chirurgie, juillet 1929).

B — *Pancréatites avec modifications du transit gastro-duodénal.*

Le syndrome de sténose pylorique est rare et ne semble pas toujours en rapport avec l'importance de la tumeur.

Il s'agit parfois de simples digestions pénibles, pesanteurs, flatulences, accompagnant les troubles banaux de la dyspepsie pancréatique. Certaines modifications, inconstantes d'ailleurs, peuvent encore contribuer à égarer le diagnostic étiologique de ces sténoses, et c'est en définitive l'intervention qui redresse le diagnostic à condition qu'on songe à explorer le pancréas.

C — *Pancréatites douloureuses.*

Les douleurs dominent ici le tableau clinique, douleurs d'étiologie discutée, avec maximum postprandial fréquent, se présentant par crises de dix à quinze

minutes, se produisant deux à trois fois par jour, quelquefois la nuit, sous forme d'élancements ou d'algies rongeantes. Leur répétition et leur violence conduisent souvent à l'intervention, occasion de découverte de la pancréatite causale.

Observation d'Okinczyc (27 juin 1928).

III. — PANCRÉATITES ATTÉNUÉES

Le Professeur P. Delbet ; Kalsch et Okinczyc les croient fréquentes. Elles se caractérisent par deux éléments :

- des douleurs,
- et des battements anormaux dans la région épigastrique.

Le caractère diffus des douleurs, leur réveil à la pression ou la dépression, leur localisation vague ont fréquemment fait considérer les malades comme des psychopathes.

Pour Kalsch, le propre de ces douleurs d'origine pancréatique serait d'apparaître à gauche de la ligne médiane et d'irradier dans les régions splénique et rénale gauche.

Okinczyc attire l'attention sur leur caractère variable, sourd, en barre épigastrique, ou au contraire violent, aigu, pouvant entraîner un état de mal.

Ces crises douloureuses s'accompagnent parfois d'un crochet à 38 et de glycosurie passagère.

Habituellement, ces formes douloureuses plus ou

moins atténuées s'aggravent progressivement et aboutissent à l'insuffisance pancréatique complète.

Le Professeur Delbet insiste sur la présence de *battements anormaux* ou plus exactement anormalement transmis par le pancréas induré et épaissi à travers une paroi généralement souple et amaigrie, battements perçus dans la région épigastrique soulevée par l'aorte à chaque systole. Moulonguet a précisé lors d'une intervention le mécanisme de transmission des battements aortiques par une masse indurée légèrement à gauche de la ligne médiane : le corps du pancréas.

IV. — PANCRÉATITES MÉCONNUES

Ce chapitre voisin du précédent est encore plein d'incertitude, l'intervention ne permettant pas toujours de conclure sur l'étiologie véritable des troubles présentés par le malade. Une exploration systématique du pancréas, lors d'interventions exécutées pour affections des voies biliaires de l'estomac ou du duodénum, permettra de diminuer cette marge d'incertitude en découvrant des lésions inattendues de la glande pancréatique.

Pour ce qui est de la lithiase biliaire, le Professeur Gosset a bien montré, dans une communication récente à l'Académie de Chirurgie, que la marche rationnelle de l'exploration chirurgicale s'établissait ainsi : exploration de la voie biliaire principale, ex-

ploration du pancréas, exploration de la vésicule. Ainsi ne méconnaîtra-t-on pas la nécessité d'un drainage biliaire dont l'absence peut constituer un grand danger immédiat ou lointain après cholécystectomie lorsqu'on n'a pas vu la pancréatite chronique. L'accident à craindre est alors la pancréatite aiguë : crise douloureuse, brusque et atroce, phénomènes de choc, pâleur de la face, cyanose des lèvres, épigastre peu contracturé.

Dans un avenir plus lointain sont à craindre des séquelles pénibles qu'on peut attribuer avec vraisemblance à la pancréatite chronique : persistance des crises douloureuses et des troubles digestifs ; mais de beaucoup le plus grand danger est la rétention biliaire amenant rapidement la dégénérescence de la cellule hépatique entraînant rapidement la mort. Les formes avec signes digestifs prédominants accompagnés de modifications du chimisme gastrique, d'hématémèses, de melœna, peuvent être à la source de confusions regrettables lorsque l'erreur n'est pas reconnue lors de l'acte chirurgical, une gastro-entérostomie se révélant incapable de faire cesser les signes dus à la pancréatite chronique.

La question des relations entre la pancréatite chronique et l'ictère catarrhal est encore très controversée, et Mayo Robson, de même Oser, en sont réduits à des hypothèses.

V. — FAITS DE PASSAGE ENTRE LES PANCRÉATITES
CHRONIQUES ET LES PANCRÉATITES AIGUES

Les corrélations entre ces deux ordres de faits sont démontrées par des constatations tant cliniques qu'anatomiques. On a pu découvrir dans certaines pancréatites chroniques avec ictère une association de lésions chroniques (indurations, sclérose du pancréas) et de lésions aiguës (stéatonécrose, abcès). Cliniquement, une pancréatite chronique peut présenter des accidents aigus ou survenir comme la séquelle de tels accidents.

A côté des renseignements tirés de l'étude clinique, on devra toujours faire appel aux renseignements fournis par les examens de Laboratoire pour établir le diagnostic de ces différentes formes.

RENSEIGNEMENTS

FOURNIS PAR LE LABORATOIRE

Ils collaborent grandement dans la solution du problème de la localisation pancréatique. Les recherches tendront à établir d'une part l'insuffisance pancréatique externe, d'autre part, l'insuffisance pancréatique interne.

I. — ETUDE DE L'INSUFFISANCE PANCRÉATIQUE EXTERNE

On peut étudier la fonction pancréatique externe :

- A) par l'examen des selles ;
- B) par la recherche des ferments pancréatiques dans les urines ;
- C) par la recherche des ferments pancréatiques dans le sang ;
- D) par le tubage duodénal.

A. — *Examen des selles.*

On doit, pour les interpréter, tenir compte des fonctions vicariantes des glandes salivaires, des glandes de l'intestin, du foie et de l'estomac. On doit tenir

compte également du fait que dans ses diverses fonctions digestives, le pancréas est doublé par un autre organe dont l'état de santé permet de masquer plus ou moins complètement la déficience pancréatique. Il sera souvent difficile d'apprécier le degré de cette déficience.

R. Gautier en 1925 a proposé la méthode suivante : le repas d'épreuve est délimité dans les fèces par deux cachets de carmin. Il se compose de :

100 grs. de pain — 60 grs de viande de bœuf.

30 grs de beurre — 300 à 500 grs de lait.

100 grs de pommes de terre.

On étudiera les fèces ainsi limitées.

1° la durée de leur transit qui, normalement de 24 à 36 heures, est raccourcie.

— la quantité d'eau est diminuée

— le poids du résidu sec est augmenté

— la réaction au tournesol est neutre ou alcaline (albumine non digérée et putréfiée).

2° L'examen microscopique montre :

a) des fibres musculaires non attaquées, l'existence de noyaux cellulaires non attaqués (épreuve des noyaux de Schmidt) Schmidt recommande certaines précautions : la durée de passage des aliments doit être comprise entre six et trente heures.

b) la présence de graisses décélée à l'examen microscopique.

3° L'Examen chimique des fèces montre que le taux des graisses ingérées, normalement de 5 % y est porté à 60, 70, 75 %. Les graisses neutres ne sont pas dédoublées, (hypostéatolyse).

Henri Labbé recommande la détermination du coefficient de non absorption des graisses neutres qui normalement, est inférieur à 0, 3 %.

4° Les ferments pancréatiques : amylase, trypsine, lipase, peuvent être recherchés dans les fèces après évacuation rapide de l'intestin. Pratiquement, seule l'amylase peut être dosée.

- a) On pourra utiliser pour ces résultats la méthode de Enriquez-Ambard, Gaston Durand et E. Binet ou celle de Wolgemuth montrant un abaissement du taux normal d'amylase pancréatique.
- b) La recherche de la trypsine donne des résultats beaucoup moins précis que la précédente.
- c) La recherche de la lipase est pratiquement impossible, ce ferment étant détruit dans la traversée de l'intestin.

B. — *Examen des urines.*

L'amylase peut être recherchée également dans les urines selon la méthode de Wohlgemuth avec les causes d'erreur qu'elle comporte. Citons ici les méthodes de Cammidge et de Sahli, d'interprétation plus délicate.

C. — *Examen du sang.*

Seul le travail de l'amylase sanguine, déterminé par la méthode de Wolgemuth est intéressant ; les autres ferments : trypsine et lipase, se trouvant normalement dans le sang. Ce taux est abaissé lors d'une gêne dans l'excrétion du suc pancréatique ; il est diminué en cas d'altération des éléments glandulaires.

D. — *Examen du suc duodéal.*

On le recueille au moyen de la sonde d'Einthorn. Pour le dosage de la trypsine, on utilise soit la caséine, soit un mélange à parties égales de lait et de gélose à 2 %, soit une solution aqueuse d'ovalbumine.

- pour la lipase on a recours à divers corps gras
- pour l'amylase à une solution d'amidon.

Ces différentes épreuves rendent compte, dans une certaine mesure, du fonctionnement de la glande pancréatique ; mais des variations constatées au cours de tubages successifs ont conduit Chiray et ses collaborateurs à insister sur certaines précautions :

Le tubage doit être fait à jeun.

Le suc recueilli ne doit pas contenir de suc gastrique.

Les différentes épreuves doivent être faites aussitôt que possible après obtention du suc duodéal.

Les valeurs accordées à ces divers résultats sont variables suivant les auteurs, certains considérant la lipase comme le plus représentatif des sucs pancréatiques, alors que d'autres, accordent cette qualité à la

trypsine. On a utilisé divers procédés pour exciter la sécrétion pancréatique :

L'éther est aujourd'hui rejeté par la majorité des auteurs.

Le lait est utilisé par Chiray après une épreuve de Meltzer-Lyon, mais la pratique de cette méthode se révélerait pénible pour le malade.

L'épreuve à la sécrétine préconisée et mise au point par Chiray et Mme Jeandel-Mercier (thèse Paris 1930) est d'une pratique plus facile et donne des résultats plus précis.

II. — ETUDE DE L'INSUFFISANCE PANCRÉATIQUE INTERNE

Les recherches biologiques sont celles qu'on pratique couramment dans le diabète :

1° — En ce qui concerne la *glycosurie*, la régulation complexe du cycle du glucose est un obstacle à la détermination de la part du pancréas dans les variations glycosuriques observées dans certains pancréatites chroniques ; cette glycosurie peut d'ailleurs être permanente ou temporaire et varier suivant le régime et l'évolution des lésions.

2° — La *Glycémie* dans les pancréatites chroniques subit parfois une augmentation ainsi qu'il est observé dans certaines pancréatites aiguës hémorragiques.

L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée peut mettre en évidence une altération de la fonction endocrine du pancréas.

3° — La mesure de la *tolérance aux hydrates de carbone* présente un grand intérêt pour l'établissement du régime des diabétiques.

4° — Nous n'insisterons pas, à dessein, sur la recherche et la mesure de l'acidose urinaire et sanguine, ni sur la dénutrition azotée, recherches dépassant le cadre de ce travail.

DIAGNOSTIC DES PANCREATITES CHRONIQUES

L'analyse des symptômes ne peut que permettre de soupçonner une pancréatite, jamais de l'affirmer. Les discussions cliniques, les examens de Laboratoire apporteront de fortes présomptions, mais c'est en définitive à l'examen direct du pancréas que revient le dernier mot. Aucun des signes, en effet, n'est réellement propre à la pancréatite chronique.

Les *troubles dyspeptiques* si particuliers feront penser à une atteinte du pancréas, mais ils sont également imputables à un cancer du pancréas et à une pancréatite chronique.

La tumeur déjà difficile à percevoir, peut témoigner aussi bien d'un néoplasme que d'une lésion inflammatoire.

Les *douleurs* qui revêtent parfois un siège et des irradiations typiques, sont fréquemment à la source d'erreur de diagnostic et font penser : à une lithiasie biliaire, à un ulcus gastrique ou duodénal, à une colite ou une appendicite, à une crise gastrique du tabès.

L'*ictère* revêt parfois la forme inflammatoire avec crises douloureuses, frissons, clochers thermiques évoquant une cholécystite lithiasique, une poussée d'an-

giocholite, un calcul du cholédoque. Ces erreurs de diagnostic ne sont d'ailleurs pas irrémédiables puisque, bien souvent, ces affections s'ajoutent à la pancréatite chronique et que comme l'a dit le Professeur Gosset, l'examen du pancréas doit constituer le premier temps de l'exploration chirurgicale.

Dans une autre éventualité on a assisté à l'installation d'un ictère chronique par rétention qui impose l'idée d'un cancer de la tête du pancréas, et ce ne sont pas les douleurs, les crochets thermiques, souvent difficiles à mettre en évidence qui suffiront à trancher le diagnostic ; d'autant qu'il n'est pas rare de rencontrer des cancers sur lesquels vient se greffer un élément inflammatoire contribuant à confondre les deux tableaux.

Ainsi pourra-t-on avoir la surprise de voir rétro-céder les signes cliniques, d'assister à l'évolution vers la guérison à la suite d'une intervention pratiquée sur un malade qui paraissait cliniquement atteint de **néoplasme**.

La *vésicule biliaire* ne donne pas par son état de distension ou d'atrophie un argument clinique convaincant.

L'intérêt diagnostique de la *radiographie* est limité.

Elle pourra cependant montrer :

l'état de la vésicule ;

les lésions des parois gastriques ou duodénales ;

les modifications du transit, les signes radiologiques d'une tumeur ne permettant cependant pas de pré-juger de la nature de celle-ci.

L'imperfection des moyens dont dispose le *Laboratoire* ne permettra de déceler que les troubles glandulaires importants, et encore pas dans tous les cas. Un examen des fonctions glandulaires n'a pas de valeur s'il est négatif.

Positif, il oriente vers la notion de lésion du pancréas, mais alors il ne permet pas de préjuger de la nature de cette lésion.

Ainsi, il apparaît que les renseignements donnés par la clinique d'une part, et par les méthodes anciennes ou nouvelles de laboratoire d'autre part, ne suffisent pas pour poser un diagnostic rigoureux, diagnostic que seules, les constatations opératoires dans certains cas et les résultats à distance de l'intervention permettront d'affirmer.

Ces constatations opératoires devront être conduites avec un soin minutieux, non pas faites à bout de doigt, mais dans un champ opératoire bien éclairé.

Il faut explorer la tête, le corps, la queue et les bords de la glande.

Le diagnostic de localisation sera le plus commodément posé, il n'en est pas de même du diagnostic de nature de la tuméfaction :

S'agit-il de calculs, d'un cancer ou d'une pancréatite ?

L'ablation du calcul sera pratiquée lorsqu'on l'aura trouvé, selon des techniques diverses dans le détail desquelles nous n'entrerons pas ici.

Le diagnostic de lithiase éliminé, reste à résoudre

le problème le plus délicat : est-on en présence d'une pancréatite chronique ou d'un cancer ?

Les renseignements fournis par la vue et le toucher sont parfois franchement affirmatifs :

Chez un sujet jeune, on trouve un pancréas augmenté de volume, rouge, œdématié, avec un péritoine hyperémié, ou quelques ganglions perceptibles ; on est vraisemblablement en présence d'une pancréatite que l'évolution ultérieure confirmera.

L'intervention a-t-elle montré, au contraire chez un adulte ou un vieillard, un pancréas irrégulier, gros et dur, le diagnostic de cancer paraît vraisemblable.

C'est l'évolution vers la guérison de certaines de ces lésions constatées à la laparotomie qui a ouvert le chapitre des pancréatites chroniques chirurgicales.

La présence d'ascite ne va pas contre l'hypothèse d'une pancréatite, car elle a été observée au cours de cette affection.

Entre ces deux cas extrêmes se placent tous les intermédiaires entraînant le plus souvent une grande incertitude.

On a fondé sur la *biopsie* l'espoir de diagnostics rigoureux. Cette méthode est très controversée. Elle est souvent, en effet, à la source d'accidents redoutables : hémorragies, auto-digestion, stéatonécrose.

D'autre part, seul un résultat positif de l'examen histologique pourrait avoir une valeur certaine, la sclérose rencontrée dans la pancréatite chronique constituant une réaction fréquente de la glande au néoplasme.

Mallet Guy insiste pourtant sur le fait que « ce n'est pas une raison cependant pour qu'en ces cas de diagnostic si obscur... toutes les méthodes ne viennent pas au secours les unes des autres. L'essentiel est de connaître leur valeur, de confronter les uns avec les autres les divers renseignements de tous ordres qu'on pourra recueillir ».

Les constatations nécropsiques elles-mêmes, étant donnée la précocité des phénomènes d'autolyse post-mortem, ne sont pas à l'abri de certaines causes d'erreur. Elles ont cependant permis comme dans les cas rapportés par Fiolle, Desplas et Dédé, de rectifier après la mort le diagnostic que la clinique et la laparotomie avaient permis de poser de façon quasi certaine.

Les incertitudes que laissent les explorations chirurgicales et histologiques, ne seront bien souvent levées que par l'évolution ultérieure dans un délai variant de quelques semaines à plusieurs mois ou même deux ou trois ans. Certaines circonstances permettent d'obtenir une certitude presque complète dans les suites immédiates :

L'examen radiologique des voies biliaires pratiqué au moyen d'une injection lipiodolée dans la bouche de cholécystostomie éclairera sur leur degré de perméabilité. En cas de pancréatite on a pu voir que :

— ou bien le lipiodol passe dans l'intestin sous faible pression sans rencontrer d'obstacle : la voie biliaire est perméable et d'un calibre normal. (Observation du Professeur Pierre Duval 1928).

— ou bien la voie biliaire présente au niveau de la traversée pancréatique l'aspect d'un crayon taillé, d'un rétrécissement filiforme : obstacle n'arrêtant pas le lipiodol, mais provoquant une dilatation du cholédoque sus-pancréatique.

— ou bien le lipiodol « s'arrêtait net au niveau de la tête du pancréas, comme si le canal avait été lié en ce point » (Leveuf).

Dans l'ordre de l'évolution, l'examen lipiodolé peut donner les plus précieux renseignements :

« Supposons, dit Leveuf, qu'après l'opération le lipiodol soit arrêté net au niveau de la tête du pancréas. Si quelques jours ou quelques semaines plus tard on voit le lipiodol passer librement dans l'intestin, il y a les plus grandes chances pour que l'obstacle qui a produit l'ictère chronique ait été de l'ordre des pancréatites ».

Là fermeture rapide et spontanée de la fistule biliaire après disparition de l'ictère est bien la preuve que l'ictère était dû à une pancréatite qui a régressé, et non à un cancer.

Cependant le rétablissement de l'état général après cholécysto-entérostomie ou duodénostomie ne saurait être qu'au bout de longues années la preuve que la tumeur était bien une pancréatite et non un cancer.

Citons le cas du malade de R. Grégoire qui, après une période d'euphorie consécutive à une cholécystogastrostomie était mort au bout de deux ans et trois mois.

Un cas rapporté par le Professeur Pierre Duval

montre qu'une évolution favorable pendant cinq ans n'élimine pas la possibilité de mort par cancer.

Observation inédite du Professeur Pierre Duval,
(Congrès de chirurgie 11 octobre 1930, page 251)

Il reste cependant difficile de tenir compte de ces cas exceptionnels, et l'on peut estimer qu'on est autorisé à mettre en doute le diagnostic de cancer lorsqu'au bout d'un an l'état général est resté bon. L'élimination de ce diagnostic est plausible lorsqu'après deux ans aucun signe de généralisation n'est apparu.

On peut d'ailleurs penser que dans ces cas de tumeurs malignes révélées au bout de six ou sept ans, on se trouvait au début en présence de pancréatites chroniques ayant préparé la dégénérescence néoplasique de la glande comme on l'observe lors de certaines mammites chroniques.

A côté de ces trois gros diagnostics : calculs enclavés, cancer du pancréas, pancréatite, les autres diagnostics de cancer des voies biliaires, de cancer de l'ampoule de Vater présentent un intérêt beaucoup moindre.

CONCLUSIONS

Aux termes de cette étude nous insisterons sur :

— la rareté diffuse et souvent banale des signes de la pancréatite chronique.

— Les erreurs de diagnostic, entraînées par les signes d'emprunt.

— La nécessité de compléter l'exploration clinique par des examens de laboratoire.

— Le fait que le diagnostic précis n'est important que pour le pronostic, la conduite thérapeutique consistant dans tous les cas en une dérivation biliaire, même capable d'élever la température, qu'il s'agisse d'un cancer ou d'une pancréatite.

Fait à la Sorbonne de la Faculté,
le 27
JIFFEDEL.

Fait à la Sorbonne de la Faculté,
le 27
GASSET.

Imprimé par l'Imprimerie :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

BÉRARD et MELLET GUY. — A propos d'un cas de pancréatite chronique avec ictère, traité et guéri par cholécystostomie (*Lyon Chirurg.*, 1925, p. 882-884).

— Syndrome vésiculaire pseudo-lithiasique lié sans doute à l'évolution d'une inflammation chronique du pancréas (*Lyon Chirurg.*, 1926, tome XXIII).

BROCQ P. — A propos des pancréatites chroniques (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 16 octobre 1929).

CAMMIDGE P.-J. — Chronic Pancreatitis (*Brit. M. J. London*, 1919, II, page 759).

LEVEUF J. — 3 observations de pancréatites chroniques avec ictère, traitées par la cholécystostomie, exploration radiologique des voies biliaires après injection de lipiodol (*Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 3 juillet 1929, page 1015).

BROCQ P. et MIGINIAC. — Les pancréatites chroniques. *Rapport au congrès de Chirurgie* du 6 au 11 octobre 1930.

LABBÉ M. et LABBÉ H. — La digestion des graisses et le diagnostic de l'insuffisance pancréatique. *Ann. de Médec.*, Paris, 1920, tome VIII, page 424.

- MAYO C.-H. — Janneice from pancréatic disease. *Minneapolis med. Saint Paul*, 1932, tome V, p. 6-9.
- MALLET GUY (Pierre). — Ictères par inflammation chronique du pancréas. *Gaz. des Hôpitaux*, 20 novembre 1926.
- Le diagnostic des pancréatites chroniques. *Arch. Franco-Belges de Chir.*, n° 4, 1926.
- DÉVÉ F. — Ictère chronique par pancréatite scléreuse cholécystostomie. Persistance de l'ictère. Mort. Cirrhose biliaire cholestatique. *La Normandie Médicale*, n° 12, décembre 1929.
- DURAND G. — Examen fonctionnel du pancréas par dosage de l'amylase des fèces. *Soc. de gastro-entérologie. Arch. Appareil digestif*, décembre 1929, n° 10.
- GRÉGOIRE R. — De la difficulté du diagnostic des pancréatites chroniques. *Bull. Soc. de Chir.*, 23 octobre 1929, p. 1124.
- DUVAL P. — Drainage interne des voies biliaires par tube de caoutchouc. *Bull. et Mém. Soc. N. de Chir.*, t. LVI, n° 23, p. 906.
- FIOLLE J. — A propos des pancréatites chroniques avec ictère. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 6-9-1929, p. 1162.
- OKINCZYK J. — Les pancréatites méconnues. *La Médecine*, Paris, 125, 1926, t. VII, pp. 26-30.
- JEANDEL-MERCIER (Mme). — Thèse Paris, 1930.

